KÖTVÉNY (INSURANCE POLICY)

Allianz Hungária Zrt. (Allianz Hungaria Insurance Co. Ltd)
H-1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 48-52.
Adószám: 10337587-4-44. Csoport azonosító szám: 17780089-5-44,
EU adószám: HU17780089 Mentes az ÁFA alól.

Szerződésszám (Policy number): **AHB930348742**

24 ÓRÁS SEGÉLYVONAL (24/7 HELPLINE): Allianz Hungária: (+36-1) 237-2333, Allianz Global Assistance: (+43-1) 525-03-6516, Autó Assistance: (+43-1) 525-03-6552; Email: travelassistance@allianz.hu

Útitárs utasbiztosítás

Biztosítás kezdete és lejárata (The start and end of the insurance period)*:	**2019.05.02. 00:00 - 2019.05.07 23:59**
Területi hatály/pótdíjas munkavégzés:	**Európa, Oroszország, Törökország**
Fizetendő díj (Premium)**:**	**11 720 Ft**
Díjfizetési mód (Payment method):	Bankkártya
Szerződő neve (Name of the policyholder):	**Benczur Attila**
Lakcíme (Address):	1048 Budapest, Bőröndös utca 11. III/6.

Biztosított neve (Name of the insured), születési ideje (date of birth), választott termékszint (level of cover):

Benczur Attila	**1956.02.13**	**Platina**	**Benczur Attiláné**	**1954.12.21**	**Platina**

Biztosított gépjármű rendszáma és a választott termékszint neve (Registration number of the insured vehicle and the level of cover):

MXK539 Platina

* A szerződési feltételekben meghatározott nem ismert betegségben történő megbetegedés esetén a biztosító kockázatviselése a biztosítás lejáratát követő 365. napig áll fenn.

A biztosítási szolgáltatás szempontjából a kötvény és a szerződési feltételek (AHB-21496/17) rendelkezései az irányadók. Regarding insurance services the insurance policy and the general terms and conditions (AHB-21496/17) apply.

Biztosítási esemény bekövetkezése esetén a lehető legrövidebb időn belül hívja a 24 órás segélyvonalat. If insurance event occurs call the 24/7 helpline as soon as possible.

A GDPR rendelet alapján a biztosító általi személyes és egészségügyi adatok kezelése elsődlegesen a biztosított hozzájárulása alapján történik. Ha a biztosított fizikai vagy jogi cselekvőképtelensége folytán nem képes a hozzájárulását megadni, akkor az adatok kezelése az érintett vagy más természetes személy létfontosságú érdekeinek védelme érdekében történik. A biztosító a jogi igények előterjesztése, érvényesítése, illetve védelme érdekében is jogosult az egészségügyi adatok kezelésére. According to GDPR processing of personal data and data concerning health depends primarily on the insured person's statement. If the insured person is physically or legally incapable of giving consent, processing is necessary to protect the vital interests of the data subject or of another natural person. The insurer is entitled to process data concerning health if it is necessary for the establishment, exercise or defence of legal claims.

Egyes egészségügyi intézmények a biztosított hozzájárulását kérik a személyes adatok biztosító részére történő továbbításához, mely esetben kérjük az Adatvédelmi nyilatkozat kitöltését, és az egészségügyi intézmény részére történő átadását!

Kiállította (Issued by):

Dátum(Date): 2019.04.30 08:46

P.H. (L.S.)

Szerződő aláírása (Signature of the policyholder)

Ügynökkód: 13726 Kampánykód: Forrásrendszer: AOK

DATA PROTECTION STATEMENT IN CASE OF MEDICAL CARE
ADATVÉDELMI NYILATKOZAT EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS ESETÉRE

Insurer/Biztosító: **Allianz Hungária Zrt**.
Insurer's assistance partner/Biztosító asszisztencia partnere: **Allianz Worldwide Partners**

Insured person/Biztosított: .....
Date of birth/Születési dátum:.....
Address/lakcím: .....
Passport or identity card number/Útlevél vagy személyi igazolvány száma: .....

Health institution/Egészségügyi intézmény: .....
Address/Cím: ..... **zip code**/irányítószám ..... **country**/ország
..... **city**/város ..... **street**/utca .....**number**/szám

I, undersigned insured person (or the legal representative in case of a person with limited ability or inability to act) hereby give my permission for Allianz Hungária Zrt. (hereinafter: insurer) and Allianz Worldwide Partners (hereinafter: insurer's assistance partner) to manage my personal and medical data given by me or obtained during the claim process (and the data of the deceased person) in order to assess and fulfil the insurance claim.
Alulírott biztosított (korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen személy esetén annak törvényes képviselője) hozzájárulok ahhoz, hogy az Allianz Hungária Zrt. (továbbiakban: biztosító) és az Allianz Worldwide Partners (továbbiakban: biztosító segítségnyújtó partnere) a biztosítási szolgáltatás elbírálása és teljesítése céljából a biztosítási szolgáltatáshoz szükséges, általam megadott, vagy azzal összefüggésben a biztosító tudomására jutott személyes és egészségügyi adataimat (illetve az elhunyt károsult adatait) kezelje.

I, undersigned insured person hereby declare that I absolve all medical institutions, medical doctors, and any other person or intuitions involved in my past and present medical treatment of their obligations of doctor discretion against the insurer and the insurer's assistance partner in order to fulfil the insurance claim. My consent applies to all medical data and any other data registered in connection with my medical treatments.
Alulírott biztosított kijelentem, hogy az egészségügyi intézményeket, orvosokat, és a gyógykezelésemmel foglalkozó más személyeket, illetve szervezeteket amelyek, illetve akik kezelnek és eddig kezeltek, az őket terhelő orvos titoktartás alól felmentem a biztosítóval szemben a biztosítási szolgáltatási teljesítése végett. Felhatalmazásom a felsorolt szervezetek és személyek által nyilvántartott, a gyógykezelésemmel kapcsolatos valamennyi személyemre vonatkozó egészségügyi, és a gyógykezeléseimmel összefüggő adatra vonatkozik.

I, undersigned insured person declare that my statement applies for the transmission and transfer of information by the health institution named above to the insurer or the insurer's assistance partner.
Alulírott biztosított kijelentem, hogy jelen nyilatkozatom kiterjed a fent megnevezett egészségügyi intézmény által a biztosító, illetve a biztosító segítségnyújtó partnere részére történő adatátadásra ás adattovábbításra vonatkozóan.

I, undersigned insured person hereby give my voluntary consent to the insurer to examine my medical documentation contained my personal and medical data shared by any above mentioned medical person and institution related to assess and fulfil the insurance claim. Additionally, I hereby give my voluntary permission for the health institution to share my medical documentation with the insurer and the insurer's assistance partner, and provide them copies regarding my medical and any other documents.
Alulírott biztosított önként hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító szolgáltatási kötelezettségének teljesítésével összefüggésben betekintsen a fentiekben felsorolt személyek és szervezetek által átadott, az egészségemre vonatkozó orvosi dokumentumokba, és a gyógykezelésemmel kapcsolatos valamennyi adatomat tartalmazó dokumentumokba, amely kapcsolatos a biztosítási szolgáltatás iránti igényem elbírálásával. Továbbá önként hozzájárulok, hogy a biztosító, illetve a biztosító segítségnyújtó partnere betekintsen a gyógykezelésemmel kapcsolatos dokumentációba, és ezen orvosi és egyéb dokumentációkról másolatot kapjon.

I, undersigned insured person acknowledge that, in the absence of a data protection statement, the insurer may not provide the service or provide it with delay.
Alulírott biztosított tudomásul veszem, hogy az adatvédelmi hozzájárulás hiányában a biztosító a szolgáltatást nem vagy késedelmesen tudja teljesíteni.

Date/kelt: .....

.....
Insured person's signature/Biztosított aláírása